Nr 30 Kraków, 2. sierpnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płaczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Do dzisiejszego Nru załącza się dla czytelników z Małopolski broszurę Prof. Dra A. Cieszyńskiego p. t. **»O reformie studjów stomatologicznych w Polsce«.**

Rok LVIII. Kraków. 2. sierpnia 1919 Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O szmerach czynnościowych serca i ich stosunku do ubiegłej wojny.

Podał*)

Dr Tadeusz Tempka.

Zapewne żaden z narządów ustroju ludzkiego nie miał tyle zadań do spełnienia podczas ubiegłej wojny, co serce; olbrzymia bowiem suma wysiłków fizycznych i psychicznych, jakie stanęły przed zbrojną ludzkością, musiała się odbić w pierwszym rzędzie na motorze ustroju, na sercu; z drugiej strony badanie olbrzymiego materyału ludzkiego tak na tyłach, jak i tuż za linią bojową, rozszerzyło nasze wiadomości z zakresu patologii serca: tyczy się to między innemi także t. zw. szmerów dodatkowych, lub czynnościowych.

Zapatrywania na istotę i przyczynę tych szmerów są rozbieżne; przyczyna tego tkwi w różnorakim charakterze szmerów, w ich nieuchwytności, że się tak wyrażę.

Jak nazwa wskazuje, rozumiemy przez szmery czynnościowe, względnie powinniśmy rozumieć, szmery, słyszalne nad sercem i jego najbliższą okolicą, których podłożem nie są zmiany anatomiczne, przynajmniej nie zmiany, dające się wykazać zapomocą dostępnych nam dotychczas sposobów badania.

Znane nam z czasów przedwojennych szmery czynnościowe spotykaliśmy u osób nerwowych, przeważnie niedokrwistych, zwłaszcza bledniczych; niektórzy jak n. p. Lüthje (1) słyszeli je wprawdzie często, ale u dzieci w wieku szkolnym; przypuszcza on nawet, że szmer czynnościowy nad tętnicą płucną jest niejako regułą w pewnym okresie rozwoju dziecka. U osób dorosłych były jednak te szmery na ogół rzadkie; wojna zaś, o ile mogłem stwierdzić podczas przeszło czteroletniego pobytu w polu, zasypała nas po prostu tego rodzaju przypadkami.

Najczęściej i najbardziej typowo występują szmery czynnościowe nad tętnicą płucną, i to prawie wyłącznie w okresie skurczu; spotyka się jednak czasem opisywane tutaj szmery, słyszalne podczas rozkurczu (Becker (2). Jak wogóle wszystkie szmery czynnościowe, tak samo i te słyszymy u ludzi młodych, mniej więcej do lat trzydziestu. Główną ich cechą charakterystyczną jest zmienność i niestałość, zależna od zmiany położenia badanej osoby, od okresu oddechowego, od ilości skurczów serca, a nadto od stopnia zdenerwowania chorego. Słyszymy je najczęściej w drugiem, ale często także i w trzeciem lewem międzyżebrzu tuż przy mostku. W przeciwieństwie do szmerów organicznych są one krótkie, powierzchowne, jak gdyby ich miejsce powstawania było tuż pod słuchawką; słyszeć je można tylko na ograniczonej przestrzeni, mniej więcej o średnicy 3—4 cm.; występują one albo przed, albo tuż po pierwszym tonie, który zachowuje w zupełności swą czystość i wyrazistość; przeważnie są one miękkie, dmuchające, czasem jednak mają charakter drapiący. Niekiedy ucisk słuchawką na klatkę piersiową zwiększa siłę szmeru; stale spostrzegać to możemy, jak stwierdziłem na szeregu przypadków, na szczycie głębokiego wydechu i zatrzymaniu oddechu, zwłaszcza po kilku nasilonych ruchach oddechowych. Czasem szmer, który przy spokojnym oddechu jest niesłyszalny, występuje dopiero po głębokim wydechu. Przy wywołaniu zwiększonego ciśnienia w klatce piersiowej sposobem Valsalvy, t. zn. przy silnym ruchu wydechowym i równoczesnem wdechowem ustawieniu klatki piersiowej i zamkniętej głośni — szmery te zyskują na sile (Fleckseder (3), w przeciwieństwie do szmerów organicznych zastawkowych, które w tym przypadku nie ulegają zmianie, przynajmniej w pierwszych sekundach. Dowodem zmienności i niestałości szmerów czynnościowych jest okoliczność, że czasem słyszymy je tylko w pewnem ułożeniu chorego, n. p. leżącem, siedzącem, bocznem lub stojącem. Niekiedy szmer taki znika nagle i powtórnego jego wystąpienia nie można wywołać ani zmianą położenia chorego, ani silnym wydechem, ani przyspieszeniem akcyi serca. Nadmienić należy, że w przypadkach rzeczywiście czynnościowych szmerów niema objawów, wskazujących na zmiany anatomiczne serca, jak przerost i rozszerzenie komór sercowych. Co się tyczy drugiego tonu nad tętnicą płucną, to według jednych nie bywa on wzmocniony (Leube (4), natomiast inni (Lüthje (1) i Becker (3) mówią o częstem wzmocnieniu tego tonu w przypadku szmerów czynnościowych nad tą tętnicą. Według moich spostrzeżeń można spotkać to wzmożenie drugiego tonu nad tętnicą płucną względnie często na szczycie głębokiego wydechu, poprzedzonego silnym wdechem, i to zarówno w przypadkach szmerów czynnościowych, jak i bez nich. Co się tyczy braku zmian anatomicznych serca u osób z tymi szmerami, to muszę jednak zdanie to w pewnym stopniu ograniczyć: spotykałem bowiem dość często młodych żołnierzy, zwłaszcza piechurów, z samoistnym przerostem lewej komory i ze skurczowym szmerem o cechach wyżej wymienionych nad tętnicą płucną tak, że mimo zmiany anatomicznej serca, musiałem te szmery uważać za czynnościowe.

Poglądy na sposób powstawania szmerów nad tętnicą płucną są rozbieżne i nie wychodzą poza ramy prawdopodobieństwa; według jednych powstają one z powodu silniejszego tarcia o siebie na ograniczonej przestrzeni dwu blaszek osierdzia, nie zmienionych chorobowo, względnie wskutek tarcia brzegu płuc o opłucną i zewnętrzną powierzchnię osierdzia, lub wreszcie wskutek ugniatania przez serce miąższu płucnego, znajdującego się między niem, a klatką piersiową (Hermann Müller (5); przemawiałby za tą teoryą fakt, że często przyspieszenie akcyi serca i ucisk słuchawką na dane miejsce przyczynia się do wzmożenia, lub wogóle wywołania tych szmerów.

Drugie zapatrywanie przyjmuje jako warunek do powstania tych szmerów udział serca i graniczącej z niem bezpośrednio części płuca i oznacza je jako szmery »sercowo-płucne«; podczas skurczu serca zmniejsza się jego pojemność, przez co przybrzeżne części płuca ulegają rozszerzeniu, a w rozszerzony w ten sposób miąższ płucny wpada prąd powietrza, wywołując szmer; stąd też także nazwa »skurczowych szmerów oddechowych« (Ehret (6). Ten sposób tłumaczenia odnosi się do szmerów, słyszalnych podczas wstrzymania oddechu.

Według niektórych autorów szmery te występują najsilniej, jeżeli skurczowe zmniejszenie się pojemności serca przypada na okres wdechu, a nadto mają one stawać się silniejsze przy zatrzymaniu oddechu na szczycie wdechu, znikać zaś mają przy zatrzymaniu oddechu na szczycie wydechu (Feer (7).

Na podstawie moich spostrzeżeń mogę twierdzić, że szmery czynnościowe nad tętnicą płucną są najsilniejsze, lub wogóle dopiero występują na szczycie wydechu i zatrzymania oddechu, zwłaszcza jeżeli poprzednio nastąpiło kilka nasilonych ruchów oddechowych. Ta okoliczność pozwala nam łatwiej wytłumaczyć sobie powstawanie tych szmerów sercowo-płucnych, albowiem

*) Na podstawie spostrzeżeń, poczynionych przez czteroletni pobyt w polu (b. austr. szpital polowy 109 — Galicya i Wołyń, b. austr. szpital polowy 404 — Durazzo i b. austr. improwizowany szpital w Beracie).

podczas silnego wydechu płuco zmniejszyło do minimum swą pojemność i łatwiej może uledz rozszerzeniu podczas skurczowego zmniejszenia się pojemności serca, aniżeli płuco wdechowo ustawione.

Także możliwość zwolnienia napięcia w początkowej części tętnicy płucnej, wskutek czego przy skurczu serca silniej się ona rozciąga, niż w stanie prawidłowym — mogłaby nam tłumaczyć powstawanie szmeru czynnościowego nad tętnicą płucną (Leube (4).

Nieco inaczej stara się wytłumaczyć ten objaw Neukirch (13); przyjmuje on mianowicie w takich przypadkach względne zwężenie tętnicy głównej w stosunku do światła lewej komory, wskutek czego przy skurczu część krwi zostaje niejako odbita od zastawek aorty, wywołując przez to wiry i szmer; ze względu na anatomiczne położenie aorty, jest ten szmer słyszalny najlepiej nad lewem uszkiem.

Podobne tłumaczenie daje Lüthje (1), tylko odnosi je do względnego zwężenia tętnicy płucnej, której ujście jest już z natury względnie wązkie; jeżeli teraz zmienią się warunki przestrzenne w klatce piersiowej na niekorzyść tętnicy płucnej, czy to wskutek silnego wydechu, czy to przy płaskiej klatce piersiowej, czy też przy szybszym prądzie krwi, to tem samem nastają warunki do powstania szmeru przy przechodzeniu krwi z komory prawej do tętnicy płucnej.

Te ostatnie dwa tłumaczenia wkraczają już jednakże, choć nieznacznie, w zakres patologii i przyjmują wyraźny czynnik anatomiczny.

W ostatnich czasach pojawiły się usiłowania wytłumaczenia szmerów nad tętnicą płucną zapomocą badań promieniami Roentgena (Haenisch u. Querner (8). Jeżeli prześwietlamy klatkę piersiową przy bocznem ustawieniu badanej osoby, to stwierdzamy między tylną powierzchnią mostka a przednią granicą sylwetki serca i naczyń obecność przestrzeni, zwróconej ostrym kątem w dół: jest to t. zw. »pole pozamostkowe«. W przypadkach prawidłowych, nawet podczas najgłębszego wydechu, przestrzeń ta nie znika zupełnie. Natomiast w przypadkach ze szmerami nad tętnicą płucną, wskutek znacznego zbliżenia się sylwetki serca i naczyń do przedniej powierzchni klatki piersiowej, widzimy, jak pole pozamostkowe podczas wydechu stopniowo staje się węższe, aż wreszcie na szczycie wydechu zanika zupełnie, tak że cień sercowo naczyniowy przylega szczelnie do klatki piersiowej; sam zaś szmer miałby powstawać w tym wypadku albo przez to, że tętnica płucna, przygnieciona niejako do klatki piersiowej, ulega zwężeniu, względnie zagięciu, które może być źródłem szmeru, lub też, że powstaje na ograniczonej przestrzeni tarcie między tętnicą płucną a ścianą klatki piersiowej. Ten sposób tłumaczenia wygląda wcale ponętnie, bo stawia nam przed oczy więcej uchwytne warunki, a nadto objaśnia bardzo dobrze znikanie, lub słabnięcie szmeru w czasie wdechu i wzmaganie się podczas wydechu. Zaznaczyć jednak muszę, że pogląd ten miałby znaczenie ograniczone tylko do pewnej części szmerów nad tętnicą płucną. Nie możemy bowiem wytłumaczyć sobie zapomocą niego tych przypadków, gdzie szmer taki znika nagle na jakiś czas, lub nawet zupełnie i gdzie go na żaden sposób nie możemy z powrotem wywołać. Jeżeliby bowiem miał on swe źródło w powyżej omówionych warunkach, a więc w stałej zmianie anatomicznej, musiałby stale się utrzymywać. Jak więc widać, obracamy się tutaj tylko w granicach przypuszczeń.

Drugie miejsce co do częstości zajmują szmery nad koniuszkiem i podstawą serca; podobnie, jak i powyżej opisane, są one niestałe, krótkie, miękkie, powierzchowne, słyszalne na drobnej przestrzeni i z zasady towarzyszą skurczowi, nie mącąc w niczem wyrazistości tonów. Także i tutaj brak oznak, wskazujących na zmiany anatomiczne mięśnia sercowego. Również i te szmery spotykamy u osób młodych, nerwowych, zwłaszcza przy szybszej i podnieconej akcyi serca, n. p. u osób gorączkujących i niedokrwistych. Dla wytłumaczenia tych szmerów mamy znowu mniej lub więcej prawdopodobne przypuszczenia.

Podobnie jak przy zwyrodnieniach mięśnia sercowego spotykamy nad koniuszkiem jużto rozszczepienia pierwszego tonu, jużto krótkie szmery skurczowe, wywołane wstecznemi zmianami tego mięśnia, tak samo możnaby przyjąć, że i przy zupełnie prawidłowem sercu mogą przy szybkiej jego czynności wystąpić fizyologiczne rozszczepienia pierwszego tonu, wiodące czasem do szmeru.

Dla pewnej części szmerów nad koniuszkiem możnaby wziąć za podstawę nieco inne tłumaczenie, oparte jednak, podobnie jak i poprzednie, na analogii ze stosunkami chorobowymi. Nie ulega wątpliwości, że przy zwyrodnieniu mięśnia sercowego, zwłaszcza zaś mięśni brodawkowych, może bardzo łatwo powstać niedomykalność odpowiedniej zastawki, mimo że jest ona anatomicznie nietknięta. Przy podnieconej czynności zupełnie zdrowego serca mogą wystąpić przejściowe zboczenia w unerwieniu narządu mięśniowo-zastawkowego, które mogłyby pociągnąć za sobą również przejściową niedomykalność odnośnej zastawki, objawiającej się szmerem. Mielibyśmy wtedy prawo mówić o czynnościowej niedomodze zastawek (Flecksecler (3).

Szmery, występujące w przebiegu niedokrwistości znaczniejszego stopnia, mogą mieć swe źródło w rozmaitych czynnikach. Może być niem naprzód zmniejszone ciśnienie w wielkich naczyniach (Rolly u. Kühnel (9); dalej wlewanie się szczupłej ilości krwi ze słabo wypełnionych dużych naczyń żylnych do szeroko otwartych przedsionków może wywoływać wiry i szmery (Sehrwald 10); wreszcie zmniejszone zagęszczenie i szybszy prąd krwi mogą być przyczyną szmeru (Sahli (11).

Przy ocenianiu szmerów w cięższej niedokrwistości trzeba być jednak bardzo ostrożnym; w przypadkach bowiem takich może łatwo powstać zwyrodnienie mięśnia sercowego i mięśni brodawkowych, wskutek czego szmery przez to wywołane nie są już oczywiście natury czynnościowej, lecz są wyrazem zmiany anatomicznej serca. Rozstrzygać tu musi zachowanie się całego serca i tętna.

Opierając się, co do szmerów nad koniuszkiem i podstawą, na któremś z dopiero przytoczonych tłumaczeń, moglibyśmy je nazwać właściwymi sercowymi szmerami czynnościowymi, gdyż przyczyna ich leży w obrębie samego serca — w przeciwieństwie do szmerów nad tętnicą płucną, których przyczyna według ogólnego zapatrywania tkwi w czynnikach, znajdujących się poza obrębem serca, choć jest z jego akcyą ściśle związana.

Do grupy, zajmującej trzecie miejsce co do częstości, zaliczyłbym krótkie skurczowe szmery nad tętnicą główną o zupełnie tych samych właściwościach, co i szmery nad tętnicą płucną; prawdopodobnie przyczyna ich leży w tych samych czynnikach. Wykluczyć musimy oczywiście szmery organiczne, jak n. p. szmery wywołane miażdżycą i kiłą tętnicy głównej.

Oprócz wymienionych już szmerów spotykamy w okolicy serca i inne szmery, mające swe źródło w dużych żyłach wewnątrzpiersiowych i nie należące wskutek tego do grupy sercowych szmerów czynnościowych. Jest to t. zw. buczenie żylne, słyszalne u podstawy serca i dające się łatwo odróżnić od szmerów serca, swym więcej muzykalnym charakterem i występowaniem podczas obu okresów czynności serca.

Również nie można zaliczyć do szmerów czynnościowych — szmerów o charakterze tonów muzycznych, wywołanych obecnością nitek ścięgnistych, przebiegających w świetle komór w poprzek prądu krwi; jakkolwiek szmery te są dla badanej osoby zupełnie bez znaczenia, to jednak mają podstawę anatomiczną, nie są więc »czynnościowe«. Nadto trzeba zauważyć, że niektórzy podają w ogóle w wątpliwość możność powstawania tego rodzaju szmerów.

Jak wielkie jeszcze zamieszanie pojęć panuje w sprawie podziału, a nawet samej istoty szmerów czynnościowych, najlepiej dowodzi n. p. stanowisko Fleckseclera (3), które jest wprost niezrozumiałe; zalicza on bowiem do szmerów czynnościowych nawet takie, które mają wybitne podłoże anatomiczne, n. p. szmery, występujące przy ucisku guzów na tętnicę główną i płucną, a nadto szmery, występujące w następstwie miażdżycy i kiły aorty. To samo można powiedzieć o Henschenie (12), który szmery czynnościowe stara się wytłumaczyć zawsze rozszerzeniem serca, a więc przyjmuje podłoże anatomiczne.

Rzeczywiste szmery czynnościowe są dla danych osób zupełnie obojętne i nie wywołują same przez się żadnych podmiotowych objawów. Najczęściej spotykamy u takich osób znamiona ogólnej niedomogi nerwowej, lub nerwicy serca, często zaś niema i tych nawet objawów. Jednem słowem szmery czynnościowe spotykamy w zdrowem, lub co najwyżej nerwowem sercu; tem samem odpada sprawa rokowania i leczenia.

Mój materyał obserwacyjny stanowili chorzy i ranni, napływający do szpitala polowego z pobliskiego frontu, częścią zaś z formacyi pozafrontowych; w ciągu czterech lat materyał ten wzrósł do szeregu tysięcy. Statystykę, którą zacząłem prowadzić na samym początku, zarzuciłem następnie: była ona bowiem dokładna tylko w czasie walk pozycyjnych, gdy dziennie dostawało się w moje ręce 10—30 chorych. Natomiast stawało się wykonanie wszelkiej statystyki wprost niemożliwe podczas ruchów wojsk, kiedy chorzy i ranni przybywali do szpitala nie tylko setkami, ale czasem nawet tysiącami. Statystyka, obejmująca tylko materyał z czasów walk okopowych, nie odpowiada-

łaby prawdzie. Mogę tylko ogólnikowo stwierdzić, że słyszałem te szmery, w przeciwieństwie do czasów przedwojennych, bardzo często, przyczem jednak zachodziły różnice, zależne od tego, czy dany materyał pochodził z walk pozycyjnych, czy ruchowych, zwłaszcza odwrotowych; w czasach walk odwrotowych były one daleko częstsze, dochodząc czasem 20—30%.

Przeważnie przychodzili ci chorzy z rozpoznaniem wady organicznej serca; bardzo często nie mogłem u nich już stwierdzić żadnych szmerów, zwłaszcza gdy od chwili ich odejścia z linii upłynęło już parę dni. Dla dokładności badałem przeważnie w takich przypadkach mocz i zachowanie się tętnic i tarczycy, a w miarę sposobności mierzyłem ciśnienie krwi i prześwietlałem serce promieniami Roentgena.

Co się tyczy samych szmerów, to olbrzymia większość, prawie ponad 99%, przypadała na skurczowe szmery nad tętnicą płucną, znikoma zaś reszta na szmery nad koniuszkiem i podstawą. Do nadzwyczajnych wyjątków należały szmery nad tętnicą główną. Tak więc możnaby szmery nad tętnicą płucną nazwać niejako wojennymi szmerami czynnościowymi.

Szmery nad koniuszkiem i podstawą słyszałem wyłącznie przy przyspieszonej akcyi, i to przeważnie u gorączkujących, natomiast szmery nad tętnicą płucną występowały bardzo często przy zupełnie powolnej, lub tylko nieznacznie przyspieszonej czynności serca. Chorzy z tymi szmerami okazywali najczęściej znaczne znużenie fizyczne; byli nadto wśród nich ranni i z objawami wstrząsu nerwowego; częste były objawy ogólnej niedomogi nerwowej, zwłaszcza zaś nerwicy serca przy dobrem ogólnem odżywieniu. Szmery były słyszalne przeważnie tuż przed pierwszym tonem i miały cechy już powyżej omówione.

Takie nadzwyczajne wzmożenie się liczebne szmerów czynnościowych, i to w pierwszym rzędzie szmerów nad tętnicą płucną, było tak uderzające w przeciwieństwie do czasów przedwojennych, że mimowoli nasuwało się pytanie: gdzie tkwi przyczyna tego zjawiska?

Ponieważ słyszałem je u osób młodych, zdrowych i (zwłaszcza na początku wojny) dobrze odżywionych, można było odrzucić te przyczyny, któremi staramy się wytłumaczyć szmery, występujące u osób charłaczych i niedokrwistych.

Tego, że sama niedokrwistość nie usposabia na ogół do występowania szmerów nad tętnicą płucną, dowodzą moje spostrzeżenia z Albanii; można śmiało powiedzieć, że około 90% osób cierpiało tam na zimnicę, i to przeważnie ciężką zimnicę podzwrotnikową z następstwami, a mimo to szmery te nie były tam zbyt częste.

To samo można powiedzieć i o przyspieszonej czynności serca; upały albańskie, dochodzące w lecie do 60—70° C, wywoływały u wszystkich mniejsze lub większe przyspieszenie tętna, a przecież szmery te były tam rzadsze, niż na froncie galicyjsko-wołyńskim.

Także i teorya słabo rozwiniętego »pola pozamostkowego« nie może wytłumaczyć tego zjawiska, bo naprzód trudno przyjąć, aby takie stosunki anatomiczne, odbiegające bądź co bądź od stanu prawidłowego, znajdowały się u tak wielu ludzi, a powtóre nie może ona wytłumaczyć, jak już poprzednio wspomniałem, chwilowo występujących szmerów.

Stosunkowo często widywałem u osób ze szmerami nad tętnicą płucną powiększenie tarczycy z lekkiem przyspieszeniem tętna. Byli to żołnierze, u których objaw ten wystąpił dopiero w polu. Ponieważ znajdował się on znowu tylko u pewnej nieznacznej części tych żołnierzy, nie można mu więc było przypisywać większego znaczenia, niż poprzednim czynnikom. To samo należy powiedzieć także i o spotykanem niekiedy u tych osób sercu ruchomem, sercu wahadłowem i swoistym przeroście lewej komory. Osoby te należały do rozmaitych zawodów, przeważały jednak zawody fizyczne; nie można temu jednak przypisywać większego znaczenia, gdyż z pośród wszystkich warstw społecznych najwięcej rekruta dostarczały właśnie zawody fizyczne.

Ważniejszą była okoliczność oparta na wywiadach, że kiła, alkohol i nikotyna odgrywały rolę tylko u pewnej części tych chorych; tak więc i tym szczegółom nie można było przypisać ogólniejszego znaczenia.

Żaden tedy z powyższych czynników ani z osobna, ani razem wziętych, nie może wytłumaczyć tego masowego występowania szmerów czynnościowych podczas ubiegłej wojny; trzeba więc było obejrzeć się za jakiemś tłem ogólniejszem.

Uwzględniając wszystkie warunki, można stwierdzić jeden czynnik, który był wspólny dla wszystkich tych osób, a mianowicie mniejsza lub większa suma wysiłków fizycznych i urazów psychicznych.

Dowodem zachodzącego tu związku przyczynowego była ta okoliczność, że olbrzymia większość tego rodzaju chorych pochodziła z linii bojowej, a nie z oddziałów pozafrontowych, a nadto, że chodziło tutaj przeważnie o piechurów, którzy ze wszystkich rodzajów broni musieli najwięcej wycierpieć fizycznie i duchowo.

Wywiady wykazywały, że wszyscy byli już dłuższy czas w polu i że przeważna część brała udział w szturmach; w tym samym duchu przemawiało spostrzeżenie, że szmery te, które słyszałem u żołnierzy w chwili ich przybycia do szpitala, znikały często już na drugi dzień, wskutek tego, że chory odzyskał równowagę fizyczną i duchową. Dalszem potwierdzeniem tych spostrzeżeń był fakt, że przypadki ze szmerami były podczas walk pozycyjnych rzadsze, aniżeli w czasie walk ruchowych, przedewszystkiem zaś odwrotów, gdzie wyczerpanie fizyczne, głód i ciężkie walki dawały się żołnierzowi we znaki i znów w pierwszym rzędzie piechurowi.

Porównując moje spostrzeżenia w tym względzie z frontu galicyjsko-wołyńskiego i albańskiego, muszę stwierdzić, że w Albanii szmery te były stanowczo rzadszem zjawiskiem, mimo, że nie brak było czynników, któreby powinny do nich usposabiać, a mianowicie niedokrwistości zimniczej i silnych upałów, wywołujących przyspieszenie tętna; wojna bowiem w Albanii, która była właściwie walką z zimnicą, a czasem miewała cechy prawie operetkowe, nie wymagała od żołnierza ani w setnej części tylu trudów, co front północny.

Nie wiem, jakie spostrzeżenia poczyniono na ten temat na frontach jeszcze cięższych od północnego, a mianowicie francuskim i włoskim; przypuszczam jednak, że były one podobne do moich.

Sądzę, że także i lekarze na tyłach mieli sposobność stwierdzić silne wzmożenie się częstości tych szmerów z okazyi gromadnych badań popisowych; tutaj bowiem obawa wrażliwych osobników przed wysłaniem na front była silnym urazem psychicznym, dorównującym czasem takimże urazom w pierwszej linii bojowej.

Nie ulega wątpliwości, że to liczne występowanie szmerów czynnościowych miało swe źródło i w tem, że badano naraz i często tak olbrzymi materyał ludzki, jak nigdy w czasach pokoju.

W każdym jednak razie sądzę, że w tej sumie wysiłków fizycznych i duchowych, wywołanych nowoczesnym sposobem prowadzenia wojny, jesteśmy uprawnieni widzieć czynnik, który u osobników podatnych i zwłaszcza już z natury nerwowych wywołuje skłonność do powstawania tych szmerów. Działanie tej skłonności należy sobie przedstawić, jako łatwiejsze i szybsze występowanie wyczerpania nerwowego i fizycznego, które w pierwszym rzędzie odbija się na narządzie krążenia. Oczywiście, że skłonność ta nie wywołuje sama przez się szmerów; ostateczną ich przyczyną będzie któryś z miejscowych czynników, już powyżej omówionych. Sądzę, że ta skłonność jest natury przejściowej, t. zn. trwa dopóty, dopóki dany osobnik znajduje się pod wpływem przytoczonych wyżej warunków; rozstrzygnąć mogłoby jednak dopiero dłuższe spostrzeganie, do którego nie miałem sposobności.

Spostrzeżenia przezemnie zebrane nie są czemś nowem z zakresu szmerów czynnościowych; już przed wojną wiedzieliśmy, że szczególną skłonność do nich okazują przedewszystkiem osoby z pobudliwym układem nerwowym. Spostrzeżenia moje dowiodły tylko, rozciągając się na tak obfity materyał, jeszcze więcej, że przy masowem występowaniu szmerów nie należy szukać przyczyny tylko miejscowej, lecz, że należy uwzględnić jakieś ogólniejsze tło, działające na cały ustrój i wspólnie dla całego ogółu osób, ten objaw okazujących.

Piśmiennictwo.

(1) Lüthje: Med. Klin. 1906, 16, 17. — (2) Becker: D. Arch. f. k. M. 121. — (3) Fleckseder: Med. Klin. 42. 1916. — (4) Leube: D Arch. f. k. M. 1896, 57. — (5) Müller: (Samml. kl. Vort. 500, 501), 1908. — (6) Ehret: M. m. W. 1916. 14 i 1915. 20 i 40. — (7) Feer: Lehrb. d. Kinderh. 1911. str. 342. — (8) Haenisch und Querner: Feldärztl. Beil. d. M. m. W. Nr. 22, 23, 1917. — (9) Rolly u. Kühnel: Med. Kl. 1912. — (10) Sehrwald: D. m. Woch. 1889. Nr. 19—21. — (11) Sahli: Lehrb. d. klin. Untersuchnungsmethoden 1909. — (12) Henschen: D. m. Woch. 1909, Nr. 35. — (13) Neukirch: B. kl. W. 1882, Nr. 24.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 6 listopada 1918.

Przewodniczący kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 26.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Szancenbach przedstawia łożysko wraz z błonami płodowemi płodu, zmarłego wśród porodu wskutek ostrej niedokrwistości, wywołanej **pęknięciem przodującego naczynia krwionośnego przy przyczepieniu pępowiny do błon** (insertio velamentosa). Ze wszystkich pęknięć naczyń pępowiny ten rodzaj spotyka się najczęściej. Rozpoznanie jest możliwe częstokroć dopiero po ukończeniu porodu. Rokowanie groźne, przedewszystkiem dla dziecka, zależy od wielkości i rodzaju pękniętego naczynia i okresu porodowego; jest groźniejsze przy pęknięciu żyły, niż przy pęknięciu tętnicy. W przypadku Leopolda płód żył jeszcze w łonie matki przez 15 godzin po rozpoczęciu krwawienia dzięki temu, że głową uciskał 5 pękniętych naczyń. (Streszczenie własne).

III. Kol. Radwańska przedstawia przypadek **naczyniaka** (haemangioma) **goleni** u noworodka, wielkości pięści dziecka.

IV. Kol. Rosner przedstawia, a) chorą A. M. l. 19 liczącą, u której peryod, rozpoczęty w 14. roku życia, ustał przed 2 laty, poczem zaczęły się zjawiać trzeciorzędne cechy płciowe męskie, czy, jak to określa Tandler i Gruss, cechy gatunkowe ludzkie. Długie przedtem włosy na głowie zaczęły wypadać, na ich miejsce zaś wyrosły włosy krótkie, jak u mężczyzny; na wardze górnej zjawił się ślad porostu ciemnego; takiż na policzkach. Na szyi krtań (pomum Adami) wypukliła się i głos stał się podobny do męskiego. Zjawisko to poprzedził bezgłos, trwający przez miesiąc. W rok po ustaniu peryodu zaczęła chora chudnąć głównie w biodrach, pośladkach i udach, przez co kontury ciała stały się podobne do męskich. Sutek stał się małym, podobnie jak jego brodawka, dokoła której zjawiło się owłosienie. Na sromie stwierdza się uderzające zmiany: owłosienie jest męskie, sięga ono na brzuchu do pępka i przekracza pachwiny oraz fałd sromowo-udowy. Okolica odbytu jest owłosiona. Wargi mniejsze są uderzająco małe, natomiast łechtaczka bardzo duża. Ma ona grubość małego palca, długa zaś jest, jak $1^1/_2$ członka palcowego, sterczy przeto wybitnie przy zwartym sromie poprzed wargi. Napletek łechtaczki, utworzony z grubej białej skóry, da się na dużej przestrzeni zesunąć z żołędzi. Macica (badanie przez odbytnicę) bardzo mała, część pochwowa drobna. W jamie brzusznej jest guz jajnikowy, sięgający od spojenia łonowego na 2 palce nad pępek. Guz ten okazuje cechy torbielaka wielokomorowego.

W przypadku tym istnieje niewątpliwie **związek między rozwojem guza jajnikowego, a cofnięciem się trzeciorzędnych cech płciowych kobiecych**, względnie wystąpieniem męskich, jak tego dowodzi piśmiennictwo. Kol. Rosner omawia sprawę rozpoznania względnie nazwy tego stanu (pseudohermaphroditismus, eunuchoidismus) i oświadcza, że w danym przypadku ma zamiar usunąć guz jajnikowy i wszczepić jajnik zdrowy, uzyskany przy operacyi.

b) Preparat **macicy ciężarnej** w 2. miesiącu **z rakiem szyi.** Macicę tę wydobyto przez operacyę sposobem Wertheima u kobiety, dotkniętej **chorobą Basedowa.** Uderzający jest stan jajnika, zawierającego ciałko żółte. Jest on mniej więcej prawidłowej wielkości, zawarte w nim natomiast ciałko żółte jest olbrzymie i zajmuje około $^2/_3$ jajnika.

Ten przerost ciałka żółtego jest bezwątpienia w związku z chorobą Basedowa. Kol. Rosner nie rozstrzyga, na czem ten związek polega, przypuszcza jednak, że przerost ciałka żółtego, narządu wagotonizującego, jest próbą leczniczą przedsięwziętą przez naturę i mającą na celu przeciwdziałanie stanowi daleko posuniętej sympatykotonii, jaka się objawia w chorobie Basedowa. (Streszczenie własne).

V. Kol. doc. Janiszewski przedstawił przebieg **śmiertelności** wskutek epidemii **influenzy** w ostatnich tygodniach. Przytoczone liczby świadczą o zanikaniu tej groźnej zarazy.

VI. Kol. prof. Nitsch wygłosił wykład p. t.: **O tępieniu pasorzytów i szkodników zwierzęcych.** Prelegent omówił przedewszystkiem sposoby tępienia szczurów, myszy, pluskiew i wszy. Co do szczurów, to tępienie ich przez wywołanie epidemii wśród szczurów, a więc przez sposoby bakteryologiczne, zawiodło. Skazani jesteśmy co do szczurów na stosowanie trucizn (najlepiej fosforu). Bakteryologiczne sposoby utrzymały się, o ile chodzi o myszy. Co do wszy i pluskiew, to sposoby ich tępienia muszą być różne, zależnie od różnic w sposobie życia tych szkodników. Wszy trzymają się bowiem człowieka, pluskwy domu; innemi słowy: wszy swoje człowiek nosi ze sobą, pluskwy pozostawia w domu. Stąd tępienie wszy odbywać się musi przez odwszawienie człowieka, pluskiew przez dezynsekcyę domów. Najlepszym sposobem przeciwko wszelkiemu robactwu a więc i przeciw pluskwom okazało się stosowanie kwasu pruskiego w odpowiedni sposób, który prelegent szczegółowo opisuje.

Dyskusya: Kol. doc. Janiszewski stosował przeciw szczurom ze skutkiem cebulicę (scilla maritima) w postaci kotletów mięsnych. Aby szczury wytępić, trzeba jednak tępić je równocześnie na wielkiej przestrzeni, a nie tylko w jednej kamienicy.

Dr Michejda, sekretarz doroczny.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dr Maryan Gieszczykiewicz habilitował się z zakresu bakteryologii.

Warszawa. Sejm uchwalił ustawę o zwalczaniu chorób zakaźnych.

— Poseł Dr Rottermund, przewodniczący sejmowej komisyi zdrowia publicznego, wniósł do Sejmu projekty ustaw o Izbach lekarskich i ordynacyi lekarskiej.

— Wniesiony do Sejmu przez Radę ministrów i przyjęty już poczęści przez komisyę administracyjną projekt ustawy o utworzeniu województw w wysokim stopniu zagraża sprawom zdrowia publicznego, poddaje bowiem urzędy i sprawy sanitarne wyłącznej władzy wojewodów, czyli stawia rzecz nie wyżej od tego nawet poziomu, jaki był niegdyś w Austryi. Z tego powodu wniosły korporacye i towarzystwa lekarskie małopolskie stanowczy protest do Prezydyum Rady ministrów, do Ministeryum zdrowia oraz do Sejmu.

Redakcya otrzymała. Lenartowicz: Badania nad zachowaniem się tłuszczów i lipoidów w narządach płodów i noworodków kiłowych i niekiłowych. Lwów 1919 (Nakł. Autora). Str. 66 i 3 tabele. — Szczęsny Bronowski: Podstawowe sposoby badania klinicznego. Część II, od str. 447 do 910 (Wydawn. »Gazety lekarskiej«). Warszawa 1919. Cena Marek 40·—. — Wł. Szumowski: Dzieje t. zw. medycyny ziemskiej 1864—1914. Warszawa. (Nakł. Ministerstwa zdrowia publ.). Str. 95.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.